

DU

N° 80

PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1906

PAR

René BORIE-LABAT

Né à La Roque-d'Atheron (Bouches-du-Rhône), le 17 novembre 1880

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agr. (*)
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLI, Ag. lib.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (*)	POUJOL	GRYNFELTT. Ed.
VIREs	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE (*), <i>président.</i>	MM. JEANBRAU, <i>agrégé.</i>
ESTOR, <i>professeur.</i>	LAPEYRE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

R. BORIE-LABAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

R. BORIE-LABAT.

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études, notre première pensée est pour nos parents dont nous ne saurions oublier le dévouement et la constante sollicitude.

Qu'il nous soit ensuite permis d'assurer de notre reconnaissance et de nos sentiments respectueux nos maîtres de la Faculté de Montpellier et tous ceux qui se sont intéressés à nos études.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Forgue qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. M. le professeur Estor a droit aussi à notre reconnaissance à cause de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et des conseils qu'il nous a prodigués au cours de ses savantes leçons cliniques.

Nous n'aurions garde d'oublier les nombreux services que nous a rendus M. le professeur agrégé Jeanbrau, ainsi que les heures agréables passées au cours de M. le professeur agrégé Puech.

C'est sur les conseils de M. le professeur Forgue, et après avoir eu l'occasion d'observer dans son service un cas de prolapsus de la muqueuse uréthrale que nous nous sommes décidé à traiter ce sujet.

M. le professeur Estor a bien voulu nous communiquer une observation de prolapsus chez une fillette de 6 ans et nous

nous permettons de reproduire l'histoire de cette petite malade dans ce modeste travail.

Nous avons divisé notre étude de la façon suivante. Après avoir rappelé les quelques particularités anatomiques que présente l'urèthre chez la femme, nous passerons successivement en revue l'étiologie et la pathogénie du prolapsus de la muqueuse uréthrale, les symptômes qui permettent de reconnaître cette affection, le diagnostic différentiel, l'évolution et les complications.

Nous nous occuperons ensuite du traitement, ainsi que des divers procédés opératoires employés jusqu'ici. Nous terminerons enfin en rapportant quelques observations intéressant la question que nous nous sommes proposé de traiter.

DU
PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE
DE L'URÈTHRE
CHEZ LA FEMME.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

L'urèthre de la femme correspond aux portions prostatique et membraneuse de l'urèthre de l'homme, c'est-à-dire à l'urèthre postérieur. C'est un conduit affecté uniquement à l'excrétion urinaire, s'étendant depuis le col de la vessie jusqu'à la partie supérieure de la vulve, au niveau du vestibule où il vient s'ouvrir par un orifice dit méat urinaire.

La longueur de l'urèthre, chez la femme, est en moyenne de trois centimètres.

La direction est à peu près rectiligne, parfois légèrement concave en avant et en haut. Considéré dans la station droite, d'après Rieffel, l'axe du canal formerait avec la verticale un angle à sinus inférieur de 20° environ, et, par conséquent, se rapprochant assez de cette ligne. Charpy, d'autre part, dit que certains sujets ont un urèthre rigoureusement dirigé dans

l'axe du corps et que son trajet peut même présenter une convexité antérieure.

Le calibre, de 7 à 8 millimètres de diamètre, présente à ses deux extrémités un rétrécissement notable. Mais il se laisse dilater facilement jusqu'à 15 et 20 millimètres, permettant l'introduction d'une sonde, du doigt ou l'extraction de corps étrangers.

L'étude des rapports de l'urèthre qui ne nous intéressent que peu ici, montre qu'on peut diviser son trajet en deux portions : une, intra-pelvienne, au-dessus du diaphragme urogénital où l'urèthre est en rapport, en avant avec le plexus veineux de Santorini et le ligament pubo-vésical, sur les côtés, avec le releveur de l'anus, en arrière, avec le vagin dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire ; une, extra-pelvienne, où il entre en rapport avec les diverses formations musculo-aponévrotiques du périnée et où il se rapproche, en général, du vagin jusqu'à adhérer intimement avec lui pour former le septum uréthro-vaginal.

Après ce sujet, le canal vient se terminer au niveau du vestibule de l'urèthre, petite région que nous devons comprendre, avec Charpy, comme un triangle dont le sommet répondrait au clitoris, la base à une ligne passant par le tubercule antérieur du vagin, les côtés, à la face interne des petites lèvres. C'est dans la partie inférieure de ce triangle, plus ou moins près du tubercule vaginal, suivant que celui-ci est plus ou moins saillant, que se trouve le méat.

Cet orifice occupe le centre d'une papille muqueuse mamelonnée, plus ou moins développée. Normalement, il n'est pas béant et offre l'aspect d'une fente sagittale, triangulaire, semi-lunaire, étoilée, etc. En un mot, son aspect est des plus variés. Les bords, d'ailleurs, n'en sont pas nettement délimités, mais présentent des saillies, des petites villosités ou des sillons se

prolongeant vers le vagin. De chaque côté du méat, on peut apercevoir deux orifices appartenant aux glandes de Skene.

Structure. — L'urèthre de la femme comprend, en allant de dehors en dedans :

1° Une tunique musculaire striée formée de fibres circulaires (sphincter strié).

2° Une tunique musculaire lisse comprenant une couche externe de fibres circulaires (sphincter lisse), une couche interne de fibres longitudinales.

Nous n'avons rien à signaler sur ces deux couches, sinon qu'elles paraissent moins développées chez la femme que chez l'homme ;

3° Une tunique sous-muqueuse, formée de tissu conjonctif lâche, remplie par de nombreuses veinules anastomosées en petits plexus. Cette couche est très épaisse et, par sa laxité, elle permet aux deux couches qu'elle sépare, muqueuse et musculieuse, de glisser l'une sur l'autre avec facilité.

4° Une tunique muqueuse. Vue par sa face interne, le canal étant ouvert, cette dernière offre une coloration blanc cendré, quelquefois rougie par congestion des veines sous-muqueuses. La surface irrégulière présente des plis longitudinaux, transversaux ou obliques et de petites dépressions appelées lacunes ou sinus que certains auteurs avaient confondues avec des glandes.

Histologiquement, elle est formée d'un derme ou chorion avec de nombreuses fibres élastiques et des papilles vasculaires ; d'un épithélium qui serait cylindrique stratifié dans la partie supérieure du canal, pavimenteux stratifié dans sa partie inférieure.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

?

De cette étude rapide, et d'ailleurs bien incomplète, de l'urèthre de la femme, nous devons retenir certains détails, certaines particularités de morphologie ou de structure qui serviront à notre étude pathologique.

Nous devons insister spécialement sur trois points :

1° La direction verticale, ou très voisine de la verticale, de l'urèthre ;

2° La dilatabilité du canal ;

3° La présence d'une couche de tissu cellulaire lâche et épaisse entre la muqueuse et la musculuse, et aussi la présence de plexus veineux dans le tissu cellulaire. On comprend jusqu'à quel point ces conditions anatomiques peuvent favoriser l'exstrophie de la muqueuse. L'idée de direction verticale implique nécessairement la notion de force de la pesanteur ; il est clair qu'une fois que les tissus conjonctifs se seront relâchés, la muqueuse, entraînée de haut en bas, se fera facilement jour à travers le méat urinaire.

Le tissu cellulaire qui double la muqueuse est lâche ; que cette laxité vienne à s'accroître, la muqueuse n'étant plus retenue par les éléments conjonctifs, jouant ici le rôle de ligaments, viendra déborder l'orifice externe de l'urèthre, favorisée encore dans son mouvement de glissement par la dilatabilité du canal.

Voilà donc des causes prédisposantes auxquelles viendront s'adjoindre d'autres causes, celles-ci, alors, déterminantes.

Remarquons tout d'abord que cette affection se rencontre surtout chez les jeunes sujets et chez les femmes d'un certain âge. De même que la muqueuse rectale a tendance à s'exstrophier chez le bébé et chez les personnes âgées, c'est aux deux âges extrêmes que l'on observe le glissement de la muqueuse de l'urèthre.

L'observation recueillie dans le service de M. Estor a trait à un prolapsus chez une fillette de 6 ans.

Notre malade de la salle Dubreuil a 51 ans.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : Singer, Guyon et Kollischer.

Kleinwächter ayant observé 59 cas, arrive aux proportions suivantes :

39 cas, soit 66 % : enfants de 1 à 15 ans ;

7 cas, soit 15 % : femmes de 22 à 37 ans ;

13 cas, soit 22 % : femmes de 47 à 75 ans.

Chez ces deux catégories de malades, le processus semble différer sensiblement.

M. Gérard-Marchant admet deux sortes de prolapsus : le prolapsus de force, le prolapsus de faiblesse.

Chez l'enfant, ce sont les efforts répétés, les mictions fréquentes, la constipation, la toux quinteuse de la coqueluche qui forcent la muqueuse uréthrale à prolaber. Ne voyons-nous pas là une analogie entre cette affection et le prolapsus rectal ? Dans ce dernier cas, le bébé que l'on laisse trop longtemps sur le vase et l'enfant constipé font des efforts soutenus et arrivent à produire l'exstrophie de la muqueuse rectale. Dans le cas qui nous occupe, les efforts de la miction jouent un rôle absolument identique. Cela est vrai à tel point que nombre de malades présentent à la fois prolapsus rectal, prolapsus vaginal et prolapsus uréthral. Dans des cas infini-

ment plus rares, la masturbation pourrait, d'après certains auteurs, ne pas être étrangère à la pathogénie de la maladie. Certains vont même jusqu'à invoquer le coït anormal par l'urèthre, mais ceci paraît relever plutôt de la tératologie pathologique. Ajoutons à cela le lymphatisme, la scrofule et, surtout, les maladies infectieuses, telles que la rougeole et la scarlatine, car ces maladies se compliquent fort souvent d'urétrite. Mentionnons la blennorrhagie et, enfin, tout ce qui peut provoquer l'inflammation vésicale, uréthrale et vaginale.

Notre petite malade du service de M. Estor compte dans ses antécédents une rougeole, une varioloïde et enfin elle fut affligée d'une vulvo-urétrite qui dura longtemps, s'accompagnant d'écoulement abondant, épais et d'odeur repoussante.

M. Kollischer fait une mention spéciale des angiomes situés au-dessous de la muqueuse.

Tels sont les prolapsus dits « de force » et ici la pathogénie se résume en deux mots : inflammation, dysurie.

Tout autre est la pathogénie des prolapsus que M. Gérard-Marchant appelle prolapsus de « faiblesse ». Dans ce cas présent, les malades sont des femmes âgées arrivées à l'époque critique de la ménopause. Ce sont enfin de grande multipares.

Notre malade de la salle Dubreuil a 51 ans ; elle a eu 8 enfants. La maladie a débuté par du prurit vaginal, de la dysurie, symptômes coïncidant avec la suppression de ses règles.

Le mécanisme n'est pas très clair et nous en sommes réduit à des conjectures. Peut-être le relâchement des tissus que cause l'involution sénile pourrait expliquer ce phénomène.

En résumé, nous pouvons dire que le prolapsus de la muqueuse uréthrale se rencontre aux deux âges extrêmes et qu'il reconnaît deux grands groupes de causes : chez les enfants, l'effort, d'une part, les inflammations uréthrales et péri-uréthrales, d'autre part. Chez la femme âgée, le relâchement des tissus,

SYMPTOMES

Le prolapsus peut être partiel ou total.

Partiel, c'est une partie plus ou moins étendue de la muqueuse qui s'ectropionne comme la conjonctive palpébrale : total, c'est un bourrelet rougeâtre qui rétrécit le méat et lui forme une sorte de couronne. Le prolapsus total est rare. Singer, à la clinique de Schroback, à Vienne, n'en a observé que 8 cas en 7 ans.

Signes du début. — Ils varient suivant l'âge du sujet.

Chez l'enfant le prolapsus est brusque, se constitue en quelque sorte total d'emblée.

Chez la femme âgée, les choses ne se passent pas ainsi. Le début est généralement lent, insidieux. D'abord partiel, il ne tarde pas à devenir total, à moins que le praticien ait eu le temps d'intervenir. Depuis quelque temps, la malade s'aperçoit qu'elle urine avec peine, que les mictions sont un peu plus fréquentes. Elle éprouve au niveau du méat une vague sensation de gêne.

Quelquefois, c'est au déclin d'une uréthrite gonococcique ou autre, d'une cystite, qu'évolue la maladie.

La malade a bien constaté la diminution des douleurs, du nombre des mictions, ses urines sont moins troubles, mais elle ne se sent pas absolument guérie. Vient-elle à porter la main

a son méat et à s'observer plus soigneusement, elle a la sensation d'une petite excroissance, d'une petite tumeur qui augmente progressivement de volume. C'est ce qui arriva à notre malade de la salle Dubreuil.

A cette époque, le prolapsus n'est encore que partiel. A l'examen objectif, on observe une petite tumeur rouge située soit sur le bord supérieur, soit sur le bord inférieur du méat. Souvent, c'est au niveau des parties latérales qu'on la trouve.

« On voit le plus souvent, dit Kleinwächter, de petits allongements muqueux, latéraux à l'embouchure de l'urèthre, ayant l'aspect de petites lèvres, reliés en arrière par une commissure, prolapsés plus ou moins avec la fente uréthrale médiane ou déjetée sur le côté. »

Réductible d'abord, la muqueuse ainsi exstrophée ne tarde pas à se maintenir au dehors et à se fixer dans cette position.

Période d'état. — C'est alors que le prolapsus devient total.

L'affection se manifeste au point de vue subjectif par de la douleur et des hémorragies.

La douleur peut quelquefois ne pas exister. C'est ce qui arrive chez les femmes très âgées.

Chez d'autres, elle n'apparaît qu'à la suite d'érosions, d'ulcérations déterminées par les frottements répétés des vêtements. Parfois, c'est un prurit d'une intensité extrême, gênant la marche et pouvant produire un certain degré de claudication.

Les hémorragies ont aussi une intensité variable. Bornées quelquefois à un simple suintement sanguin, elles peuvent maculer le linge des malades et en imposer pour des hématuries.

Si l'on pratique l'examen objectif :

On s'aperçoit au niveau de la région du méat une tumeur rougeâtre, molle, charnue, de volume variable. Grosse quel-

quelquefois comme un grain de chénevis, elle peut atteindre le volume d'une noisette et même d'un œuf de poule. Sa surface est rarement lisse ; parsemée, la plupart du temps, de dépressions, de vallonnements, elle peut se présenter sous la forme d'une tumeur franchement mûriforme ou plutôt framboisée.

Sa coloration varie du rouge vif au noir.

Cette dernière teinte indique alors le sphacèle imminent du prolapsus. Quelquefois intacte, souvent ulcérée, peu ou pas douloureuse, la tumeur saigne quand on la presse entre les doigts. Elle n'est réductible qu'au début de l'affection ; à sa période d'état, sa situation est définitive.

Prenons un stylet et essayons de circonscrire la base d'implantation, nous verrons que la tumeur, qui paraissait sessile à un examen superficiel, à un pédicule arrondi.

Mais on chercherait vainement l'orifice urétral au pourtour du prolapsus. C'est sur la tumeur elle-même qu'il faut le dépister. Hâtons-nous de dire cependant que le méat n'occupe pas toujours le centre, mais peut être déjeté à droite ou à gauche, en bas ou en haut. Chez la petite malade du service de M. Estor, l'orifice était central. Par contre, chez la malade de la salle Dubreuil, le méat était nettement déjeté à droite. Introduisons un stylet ou une sonde dans cet orifice ; la sonde s'enfoncera sans peine dans l'urèthre et pourra pénétrer dans la vessie. C'est là un signe précieux pour le diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC

Il semble, après cet exposé, que le diagnostic de prolapsus de la muqueuse uréthrale n'est pas difficile à faire.

On signale cependant certaines erreurs à ce sujet.

Pour reconnaître cette affection :

Deux conditions sont indispensables : 1° il faut y penser ; 2° il faut faire un examen objectif minutieux.

On évitera ainsi la singulière confusion de ce praticien qui, examinant une petite fille atteinte de prolapsus de la muqueuse uréthrale, affirma qu'elle avait été violée.

M. Henri Blanc rapporte aussi qu'un médecin ne sut se prononcer sur la signification d'hémorragies nombreuses simulant une véritable perte. La fillette en question était également porteur d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Dans un autre cas, la tumeur s'était sphacélée, l'état général était devenu franchement mauvais, des vomissements étaient survenus et on avait pensé à une hernie étranglée.

Une autre fois, ce fut aussi l'orifice uréthral qui fut pris pour l'orifice externe du col utérin et l'on pensa à une chute de la matrice, alors que la muqueuse uréthrale était seule en cause.

On peut aussi confondre cette affection avec une tumeur de l'urèthre.

Le papillome est recouvert de villosités. De même que la végétation, il est d'abord nettement intra-urétral. Il se développe lentement, fait ensuite hernie à travers le méat, non sans avoir déterminé des phénomènes de dysurie assez intenses. La surface est irrégulière, a l'aspect d'un champignon exubérant. Enfin, signe précieux, l'orifice urétral se trouve sur le pourtour de la tumeur.

Un polype a un pédicule mince, allongé, s'implantant sur la muqueuse, et non un pédicule arrondi. La sonde peut s'insinuer entre le polype et la muqueuse urétrale et pénétrer jusque dans la vessie ; s'il s'agit d'un prolapsus, on peut faire le tour de la tumeur, mais la sonde se trouve immédiatement arrêtée si l'on veut essayer de pénétrer par cette voie dans le canal de l'urèthre.

S'il s'agit d'un cancer de l'urèthre, la tumeur est dure, de consistance ligneuse, la miction est difficile, douloureuse ; la portion de muqueuse sur laquelle repose la tumeur est indurée ; l'adénopathie inguinale est la règle.

On ne prendra pas non plus un prolapsus de la muqueuse urétrale pour un uréthrocèle. On désigne sous ce nom une tumeur formée par une poche rénitente ou fluctuante s'ouvrant, en général, dans le tiers moyen du canal et faisant quelquefois saillie à travers le méat. Si l'on pratique le cathétérisme, on verra sourdre une urine purulente. La dysurie est fréquente, les mictions nombreuses et le tableau se complique parfois d'incontinence d'urine. Cette tumeur n'est autre chose qu'un kyste glandulaire ayant suppuré et s'ouvrant dans l'urèthre.

Là encore, c'est la présence d'un orifice central, permettant l'introduction d'une sonde jusque dans la vessie, qui tranchera la difficulté et nous autorisera à affirmer l'existence d'un prolapsus de la muqueuse urétrale.

On ne s'exposera pas non plus à confondre un prolapsus uréthral avec une cystocèle. Dans ce cas, la tumeur est réductible, la miction difficile ; il y a souvent rétention ; enfin la tumeur est entièrement libre dans l'urèthre, et l'orifice central fait défaut.

MARCHE ET COMPLICATIONS

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale peut être quelquefois réduit, mais c'est là une exception sur laquelle le praticien doit peu compter.

Nous avons déjà dit que la muqueuse, une fois prolabée, demeurait presque toujours hors du méat.

Dans certains cas heureux, la surface muqueuse peut perdre certains de ses caractères histologiques. Son épithélium de surface se charge de cellules cornées et on assiste alors à une véritable épidermisation. C'est en somme ce qui se produit dans certains cas de prolapsus vaginal.

Voici ce qui se passe habituellement lorsque le prolapsus est abandonné à lui-même. La tumeur augmente progressivement de volume, elle s'ulcère, devient très douloureuse, saigne au moindre contact. La coloration rouge vif qu'elle avait au début fait bientôt place à une teinte de plus en plus foncée et l'on voit alors se développer de petites plaques grisâtres qui ne sont autre chose que des placards sphacéliques. Que la personne atteinte de cette affection ne prenne aucun soin de propreté, les nombreux microorganismes habitant la région vulvo-vaginale se mettent de la partie et la suppuration survient. On se trouve alors en présence d'une tumeur volumineuse, molle, purulente : c'est la tumeur bourbeuse de Simpson.

Le prurit est alors intense, les vêtements constamment maculés, la démarche très pénible.

Le tableau peut même s'assombrir par suite de l'étranglement de la portion prolabée de la muqueuse ; l'état général devient mauvais, la malade vomit, la fièvre s'allume au point d'en imposer pour une hernie étranglée.

Cette complication, rare heureusement, a été signalée par Seguin, Morgagni et Reichelt.

A part ces quelques cas désastreux, le prolapsus de la muqueuse uréthrale comporte un pronostic bénin. La vie de la malade n'est pas menacée. Ce n'en est pas moins une affection ennuyeuse, pouvant quelquefois gêner la marche et les rapports conjugaux, et il est de l'intérêt des malades de s'en débarrasser au plus tôt.

TRAITEMENT

La première des choses à faire lorsque l'on se trouve en présence d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale, est de s'assurer si ce prolapsus est réductible ou non. Dans le premier cas, on peut essayer de réduire la tumeur et de la maintenir en bonne position. La malade est condamnée au repos absolu pendant quelque jours, la région du méat est recouverte par un pansement compressif. Si ce procédé réussit quelquefois dans les cas de prolapsus de force, le résultat en est bien incertain.

Un prolapsus partiel peut être guéri par des attouchements au moyen de substances caustiques. Le praticien ne doit pas perdre non plus de vue les causes de la maladie ; l'antisepsie rigoureuse de la région malade, les instillations, les antiseptiques urinaires peuvent quelquefois amener la rétrocession d'un prolapsus.

Nous devons signaler le succès qu'obtint Vidal, de Cassis, en appliquant sur la tumeur du sulfate de cuivre et de la poudre de sabine par parties égales.

Mais ce ne sont, pour la plupart, que de petits moyens, de simples palliatifs, et l'on doit surtout s'adresser au traitement chirurgical si l'on veut obtenir une guérison certaine et complète.

Plusieurs méthodes ont été essayées pour arriver à cette fin

et le praticien peut employer la ligature, la section au thermocautère, l'excision au bistouri et aux ciseaux.

Le premier procédé n'a guère qu'un intérêt historique. Il consiste à introduire un catheter dans l'urèthre et à poser à la base du prolapsus une ligature qui déterminera la section de la muqueuse prolabée. C'est à l'époque où l'antisepsie était inconnue, où la crainte des inflammations et des hémorragies hantait l'esprit des chirurgiens que la ligature était pratiquée. Courty et Burns, plus tard Reichelt, Morand et Richard ont usé de ce procédé.

C'est encore par crainte des hémorragies que Backer-Rather, Hermann et Simpson enlevaient les tumeurs au moyen du thermocautère et que Gaillard-Thomas employait l'anse galvanique.

Cependant, si nous consultons les observations, nous voyons combien ces craintes sont peu fondées. L'excision du prolapsus n'entraîne généralement qu'un écoulement sanguin insignifiant ; aussi, ce procédé est-il, à l'heure actuelle, le procédé de choix.

La ligne de conduite à suivre est la suivante : introduire un catheter dans le canal de l'urèthre, disséquer la tumeur à sa périphérie, la libérer, sectionner le pédicule. La partie terminale de la muqueuse uréthrale est ensuite suturée avec le pourtour de la muqueuse vaginale avoisinant le méat.

L'opération peut alors présenter certaines difficultés qui s'expliquent bien si l'on a présente à l'esprit la structure de l'urèthre. La muqueuse glisse, en effet, très facilement sur la sous-muqueuse, grâce à la laxité de cette dernière tunique.

Il en résulte que le bout supérieur de la muqueuse sectionnée aura tendance à remonter vers la vessie. On évitera cet ennui en ayant soin de ne pas laisser libre ce bout supérieur. Le tissu cellulaire sous-muqueux présente souvent un réseau veineux relativement développé : on comprend alors facile-

ment que l'opérateur qui tire trop brusquement sur le prolapsus peut s'exposer à déterminer la production d'un thrombus, c'est-à-dire d'un épanchement sanguin entre la muqueuse et la sous-muqueuse.

Parmi les diverses méthodes d'excision, nous devons tout d'abord mentionner le procédé employé par M. le professeur Forgue. La description en est faite au cours de l'observation ayant trait à la malade de la salle Dubreuil.

Signalons aussi le procédé de M. le professeur agrégé Puech qui se trouve décrit dans l'observation III. procédé à la fois simple, rapide et ingénieux.

Cette excision de la tumeur donne, en général, d'excellents résultats, ainsi qu'en font foi les observations que nous rapportons. L'affrontement se fait régulièrement, les symptômes disparaissent, la malade est parfaitement guérie. On a signalé cependant des cas de rétrécissement du méat et de cicatrice vicieuse, consécutifs à l'excision du prolapsus. Il est probable que ces complications ne surviennent, dans la majorité des cas, que lorsque l'opérateur résèque la muqueuse uréthrale en un point trop élevé, trop rapproché de l'orifice interne de l'urèthre.

Singer propose de remédier à cet inconvénient en appliquant une méthode qui lui est propre.

Après avoir enlevé de la partie supérieure de la muqueuse prolapsée un premier lambeau ovalaire, il réunit les lèvres de la plaie et découpe ensuite dans la portion inférieure de la muqueuse un deuxième lambeau ayant la forme d'un triangle à sommet dirigé en arrière. Les deux côtés de ce triangle sont ensuite rapprochés. Cette opération, qui rappelle la technique de la colpo-périnéorrhaphie, a l'avantage d'allonger la muqueuse et d'éviter le rétrécissement consécutif du méat. Un autre procédé très simple est celui de Courty, que l'on peut

employer lorsqu'on a affaire à un prolapsus partiel avec pédicule situé à l'intérieur de l'urèthre.

Il consiste à écraser le prolapsus entre les deux mors d'une pince à forcipressure et à détruire les débris avec la pointe rougie d'un thermocautère.

Enfin, pour terminer ce chapitre, nous signalerons l'opération qui fut pratiquée par Kleinwächter. Il sectionna l'urèthre le long de son côté droit et suivant une longueur de deux centimètres et demi ; sur le côté gauche du méat et à un centimètre en arrière de lui, il tombe sur le pédicule allongé du prolapsus, tire sur la muqueuse, la coupe au ras de la paroi et réunit les deux lèvres muqueuses à la place extérieure. Une sonde à demeure, placée dans l'urèthre, est enlevée au troisième jour.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Marie P..., 51 ans, domiciliée à Montpellier, entrée à l'Hôpital Suburbain dans la salle Dubreuil, le 25 juin 1906.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — La malade est une grande multipare : elle a eu huit enfants. Les règles ont cessé il y a 15 mois ; elle a eu plusieurs bronchites, un erysipèle il y a trois ans et une uréthro-cystite de nature probablement gonococcique.

Histoire de la maladie. — Sept ou huit mois avant son entrée à l'hôpital, la malade a des mictions très fréquentes ; elle se lève trois ou quatre fois dans la nuit et ne peut résister au besoin d'uriner. Les mictions sont douloureuses et provoquent une sensation de brûlure. Quelques gouttes de sang sont expulsées à la fin de la miction. Elle n'a cependant jamais eu d'incontinence. Les urines sont troubles. La malade, après être restée deux mois dans cette situation, se décide à consulter un médecin. Des diurétiques et antiseptiques des voies urinaires sont prescrits. Les symptômes s'amendent pendant quelque temps, puis reparaissent. Un médecin constate alors une petite excroissance au niveau du méat.

Cette excroissance est cautérisée, mais ne tarde pas à reparaitre. La miction devient alors très difficile. Le volume de la tumeur augmente et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen direct. — La région du méat est occupée par une petite tumeur rouge, d'aspect framboisé, ayant aussi le volume d'une framboise ordinaire. Cette surface mûriforme est constituée par la muqueuse uréthrale ectropionnée et éversée en plis mamelonnés irréguliers. Le méat n'est pas absolument central par rapport à cette masse mûriforme ; il est légèrement excentrique, reporté vers la droite, si bien que la portion gauche de la muqueuse ectropionnée qui encadre le méat est sensiblement plus large à gauche qu'à droite. Ce méat a perdu son type circulaire pour prendre une forme labiée à grand axe vertical. La palpation et même le frottement sur cette masse ne déterminent aucune hémorragie. Ces mamelons correspondent à des plissements irréguliers de la muqueuse et non pas à un bourgeonnement fongueux de surface.

Opération. — On saisit le pourtour de la petite masse mûriforme par quatre points cardinaux. Au moyen de pinces placées sur la zone vaginale de son contour, en dehors de la partie rougeâtre et saillante, et l'on incise à coups de ciseaux dans cette zone circulairement de façon à faire une véritable circoncision tout autour de la base. On dissèque aussi, sous la forme d'un véritable petit cylindre, l'urèthre et on le mobilise autant qu'il est nécessaire pour permettre, après l'excision de toute sa partie ectropionnée, un affrontement sans traction et une suture aussi exacte que possible. C'est, en somme, l'application à l'urèthre de la femme, du principe de la mobilisation uréthrale de Von Hacker. L'urèthre est ainsi libéré et disséqué sur une longueur de trois centimètres. Ceci fait, une pince est placée en haut et en bas comme repère, au-delà de la portion uréthrale à exciser. Cette excision est faite par une section transversale de l'urèthre.

Quatre pinces sont placées aux quatre points cardinaux de la muqueuse uréthrale. Elles vont permettre de suturer très

méthodiquement les bords de la section uréthrale au pourtour de la section circulaire. Une sonde de Pezzer est introduite dans l'urèthre, grâce aux pinces placées comme repères. Cette suture par points séparés au catgut peut être très méthodiquement conduite. Chaque fil une fois noué est muni d'une pince. Il est ainsi écarté, aide à placer avec netteté les fils suivants, si bien qu'à la fin de l'opération, on se trouve en présence d'une véritable couronne de fils tendant circulairement le pourtour du nouveau méat.

Le 28 juin, la sonde est enlevée.

Le 28 juillet, la malade sort de l'hôpital guérie : la miction s'effectue normalement ; pas de rétrécissement.

Examen microscopique. — Nous nous permettons de reproduire in-extenso le compte rendu de l'examen microscopique que M. le professeur Bosc et M. Edouard Bosc ont bien voulu pratiquer sur le prolapsus excisé.

L'examen se porte sur trois coupes transversales se rapportant à la partie superficielle, à la partie moyenne et à la partie profonde du prolapsus.

I. — La coupe de la partie superficielle présente une surface fortement papillomateuse, constituée par des bourgeons épithéliaux volumineux, épidermisés, présentant dans leur axe, et surtout dans leur surface, de très grosses cellules du type malpighi, certains se disposant même de façon à constituer de vagues sphérules épidermiques. Ces formations épithéliales peuvent vider toute leur partie centrale formée de cellules hypertrophiées, puis dégénérées, à l'intérieur, formant des anfractuosités susceptibles de s'agrandir dans le derme dissocié par l'œdème et l'hémorragie.

Une partie des bourgeonnements superficiels n'est épidermée qu'à la surface et s'enfonce dans la profondeur sous forme de tubes d'aspect papillomateux revêtus de plusieurs couches de cellules cylindriques. Ces tubes prolifèrent dans le

tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires. Constituant des groupements adénomateux typiques, les bourgeonnements de type épidermiques sont toujours limités par une basale nette et il en est de même pour la plupart des formations adénomateuses de la profondeur. Toutefois, en certains points, la prolifération épithéliale glandulaire paraît déborder la basale et se diffuser dans le tissu conjonctif.

II. — Au niveau des coupes moyenne et profonde, on constate les mêmes lésions, sauf que l'épidermisation de surface est moins intense, les bourgeonnements de type malpighien moins volumineux et la prolifération des cul-de-sac glandulaires bien moins prononcée.

En résumé, la lésion se constitue par le bourgeonnement papillomateux à type épidermique de la surface avec kératinisation et formation de quelques sphérules épidermiques et par une prolifération adénomateuse profonde, la néoformation conservant les caractères de bénignité.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Goldenberg)

Thérèse P..., âgée de 18 ans, entrée le 24 avril 1905 à la clinique privée de M. le professeur Forgeu.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Diphtérie à 6 ans. Bronchites répétées. Régée à 14 ans. Les pertes menstruelles se font régulièrement, mais se sont toujours accompagnées de douleurs.

Histoire de la maladie. — Le début paraît remonter à 3 ans. La malade éprouve au niveau de la région du méat des douleurs assez vives. D'abord intermittentes et survenant à l'occasion de la marche, ces douleurs ne tardent pas à deve-

nir continues et augmentent graduellement d'intensité. La marche est presque impossible et s'accompagne de dyspnée et de palpitations ; la miction est très douloureuse, au point d'arracher des cris à la malade ; les vêtements sont légèrement maculés de sang. Il n'y a cependant jamais eu ni écoulement urétral ni leucorrhée.

L'examen objectif montre que la région du méat est occupée par une tumeur du volume d'une cerise, de coloration rouge foncé. La pression détermine un léger écoulement sanguin. La surface de la tumeur est irrégulière, mamelonnée, d'aspect framboisé. A sa partie supérieure, on remarque un orifice permettant l'introduction d'une sonde et qui n'est autre que l'orifice externe de l'urèthre. Cet orifice, déjeté en haut, montre que la tumeur s'est surtout développée à sa partie inférieure.

Il s'agit d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Quelques jours après son entrée à la clinique, la malade subit une intervention chirurgicale. Le prolapsus est excisé suivant le procédé de M. le professeur Forgue. Une sonde est placée à demeure dans l'urèthre.

Pas d'hémorragie post-opératoire.

A partir de ce jour-là, injection vaginale quotidienne et lavage du méat.

Le 16 mai, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

Eugénie M..., 6 ans, entre à l'hôpital le 4 août 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — A deux ans, suppuration pro-

longée d'un abcès au dos. Varioloïde à trois ans. Rougeole à quatre. Mal de Pott. Prolapsus du rectum.

Débuts. — Il y a deux ans, vulvite et urétrite qui se sont répétées fréquemment. L'écoulement urétral, d'odeur repoussante, est très abondant.

Etat actuel. — A l'examen des organes génitaux, on aperçoit, faisant saillie au-devant des petites lèvres, une tumeur ovulaire à axe antéro-postérieur, ayant le volume d'une grosse noisette.

Cette tumeur, de couleur rouge foncée, présente à son centre un orifice très dilaté, au pourtour duquel la coloration violacée et presque noire de la paroi déchiquetée, témoigne du sphacèle. En soulevant la tumeur en haut, du côté du clitoris, on met à nu l'orifice vaginal, bordé par un hymen en croissant. Le cathéter utérin, enfoncé dans cette ouverture, est arrêté à cinq centimètres et demi. A la partie supérieure de la tumeur, qui peut être considérée comme son pédicule, on observe trois petits diverticules dans lesquels un fin stylet est tout de suite arrêté.

En introduisant une sonde de femme dans l'orifice qui se présente au centre de la tumeur, on arrive dans la vessie et on détermine l'écoulement de l'urine. La tumeur est irréductible : sa consistance se rapproche de celle du lobule du nez. Le diagnostic est celui de prolapsus de la muqueuse urétrale.

Le 29 octobre 1898, opération par M. Puech. Anesthésie à l'éther. Avec une aiguille de couturière, on traverse la tumeur à son point d'implantation, suivant deux dimensions, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale. Deux fils ont été ainsi passés en croix à la base du prolapsus, leur intersection se fait au-devant du conduit urétral. En avant des fils, on excise la tumeur, préalablement fendue, en deux moitiés latérales.

On n'a alors qu'à retirer légèrement de l'urèthre la portion des fils qui s'y entrecroise les sectionner et à lier chacune à chacune les quatre anses qui se trouvent situées aux quatre points cardinaux. La muqueuse uréthrale se trouve ainsi suturée à la muqueuse du vestibule. Il se produit alors une légère hémorragie due, sans doute, à ce que la muqueuse sphacélée a cédé en ce point.

On place une sonde à demeure.

Dans la journée, l'urine est légèrement teintée en rouge.

30 août. — Pas de température. L'enfant ne souffre que quand on touche la sonde. Lavage de la vessie, l'urine devient claire.

1^{er} septembre. — On enlève la sonde. L'enfant urine facilement. Pas de sang dans l'urine.

3 septembre. — On enlève les fils.

8 septembre. — On touche au nitrate au 1/50.

26 septembre. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION IV

(Semaine médicale, 1885)

Il y a quelques semaines, on amena à notre consultation la petite P..., forte fillette de 8 ans, et sa mère nous raconta ce qui suit : « Ma petite fille, dont la santé a toujours été bonne, perdait il y a six mois tous les jours quelques gouttes de sang qui tachaient le devant de sa chemise. Au commencement, je crus que c'étaient des règles précoces qui produisaient ces pertes, mais après quelques jours d'attente, et quoique l'enfant ne se plaignit de rien, j'allais consulter un médecin au sujet de cet écoulemen tde sang. »

Le docteur A..., après avoir examiné la petite fille, déclara

qu'elle était atteinte d'un prolapsus de la matrice, et il découvrit en outre, sur le col prolabé, un petit polype qui saignait facilement.

Assisté d'un confrère, le docteur A... enleva le petit polype et tout écoulement cessa aussitôt.

Il essaya alors de replacer la matrice, ce qu'il put faire facilement. Mais cette matrice, si facile à replacer, retombait toujours. L'enfant dut garder le lit pendant deux mois, sans que par ce repos forcé on pût obtenir la reposition de l'utérus. On parla alors d'un pessaire fabriqué exprès pour ce cas extraordinaire. C'est à ce moment que l'enfant nous fut amenée.

La petite fille debout, les cuisses rapprochées, ne présentait rien d'anormal, mais dès qu'on séparait légèrement les grandes lèvres, on pouvait voir, à l'entrée du vagin, dont il dépassait l'orifice, un corps cylindrique d'un rouge pâle et percé d'un trou à son centre, le tout assez semblable au col de la matrice d'une petite fille.

Au toucher, ce soi-disant col utérin était d'une mollesse extrême, et quand on essayait de le réduire, on y arrivait sans effort ; seulement cette malheureuse matrice replacée retombait toujours alors que l'enfant, même couchée sur le dos, n'avait fait aucun effort apparent.

La mollesse singulière de ce col, sa chute si facile, l'impossibilité absolue de trouver l'orifice du canal de l'urèthre, tout cela nous donna à réfléchir, et nous déclarâmes à la mère que nous irions voir l'enfant le lendemain, muni d'instruments spéciaux pour procéder à un examen plus approfondi.

En attendant, la mère devait voir, quand l'enfant urinerait, si ce n'était pas par le soi-disant col que sortait le jet d'urine.

Le soir même, la mère put se rendre compte que l'urine sortait par le col incriminé.

Aussi, dès notre arrivée, le lendemain, nous n'hésitâmes pas à introduire, dans l'orifice décrit plus haut, une petite sonde qui pénétra avec la plus grande facilité dans la vessie et nous donna un beau jet d'urine.

Grâce à un petit spéculum de notre invention, nous pûmes nous rendre compte que la paroi antérieure du vagin n'existait pas, du moins dans son tiers inférieur, et que le canal de l'urèthre, parfaitement libre sur une longueur d'environ 3 centimètres, se repliait facilement au moindre effort que l'on faisait pour le repousser derrière le pubis. En arrière, le vagin se continuait normalement, mais il était si étroit que nous ne pûmes arriver presque sur le véritable col de la matrice sans occasionner une vive douleur. Nous n'insistâmes pas.

Il nous suffisait de connaître la nature de la malformation, et cette dernière nous paraît si rare que, dans les recueils scientifiques, il sera peut-être difficile de retrouver un cas semblable.

OBSERVATION V

(Publiée par les docteurs Morand et Richard, de Pithiviers.
France médicale, 1888)

En avril 1888, nous fûmes appelés par les nommés R... pour examiner leur petite fille, âgée de 10 ans, et chez laquelle ils venaient de constater une tumeur aux parties génitales. Nous en fîmes l'examen. Une tumeur de couleur rouge vil, framboisée, de consistance molle, saignant au moindre contact, longue de 4 centimètres, faisait saillie entre les petites lèvres. Elle rappelait par sa forme le col de l'utérus. Son extrémité inférieure présentait un orifice, une fente plu-

tôt. L'introduction d'une sonde étant très douloureuse, nous demandons à l'enfant si elle urinait par sa tumeur. Sur sa réponse affirmative, nous la prions de le faire, elle complète elle-même le diagnostic.

Nous avions affaire à ce que les auteurs appellent tumeurs hypertrophiques de la muqueuse uréthrale, à ce que M. Gail-
lard-Thomas, dans son *Traité des maladies des femmes*, nom-
me prolapsus de l'urèthre avec prolifération du tissu con-
jonctif de la muqueuse.

Le méat était complètement entouré, ce n'était ni une car-
concule irritable, ni un polype, ni un angiome veineux. Nous
n'avons pu savoir à quelle époque remontait l'apparition de
cette tumeur. L'enfant, depuis quelque temps, éprouvait de
la difficulté et de la douleur dans la miction. Elle ressentait
de vives cuissons, perdait du sang au moindre tiraillement,
avait un peu de leucorrhée. Enfin, elle urinait sur ses talons.

L'opération est acceptée séance tenante par les parents.
Comme cette tumeur saignait facilement, nous avons recours
au procédé suivant. L'enfant n'est pas anesthésiée. Après
l'introduction, facile, mais douloureuse, d'une sonde de petit
calibre, destinée à rester en place et à guider notre aiguille
courbe, la tumeur est attirée en bas à l'aide d'une pince à
griffe et traversée à la base par un fil de soie double. Nous
faisons deux ligatures très serrées comprenant chacune une
moitié de l'urèthre. Au bout de deux jours, la chute de la
partie mortifiée eut lieu et l'enfant fut guérie rapidement sans
rétrécissement du méat.

OBSERVATION VI

Recueillie dans le service de M. le docteur Broca par M. Blanc, interne de service (Annales des maladies des organes génitaux-urinaires)

Berthe Th..., âgée de 6 ans, entre à l'hôpital Trousseau, dans la salle Giraldès, le 9 novembre 1894.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Un seul point mérite d'être noté, c'est l'existence d'une vulvite légère, avec uréthrite probable, en voie de guérison, mais paraissant avoir été nettement caractérisée, autant qu'on peut en juger par les renseignements donnés par la mère.

La connaissance du prolapsus remonte à une huitaine de jours. En faisant la toilette de l'enfant, la mère fut tout étonnée de voir au niveau de la vulve une tumeur rouge sombre et saignante. Un pharmacien, consulté, déclara que l'enfant avait été violée. Le diagnostic de viol fut également porté par le médecin de la famille. Un deuxième médecin, commis par le parquet, reconnaît qu'il ne s'agit nullement d'un viol, et sans se prononcer, conseille d'amener la fillette à Paris.

A l'hôpital Trousseau, un premier examen rapide est fait à la consultation, mais l'enfant se débat, plus par appréhension qu'à cause de la douleur. Nous devons lui donner quelques gouttes de bromure d'éthyle, et voici ce que nous constatons : une tumeur, grosse comme une noix, remplit la vulve. De couleur rouge sombre, presque noirâtre, avec, çà et là, de véritables plaques grisâtres, de teinte sphacélique, elle paraît sessile, mais en y regardant de plus près il est facile de voir qu'elle est pédiculée. Si l'on cherche à faire le tour de la tumeur, on s'aperçoit que son pédicule large est situé

en arrière et au-dessous du clitoris, au-dessus du vagin qui, d'ailleurs, est absolument intact et normal. En aucun point, sur le pourtour de la tumeur, on ne trouve l'orifice de l'urèthre. A peu près à son centre existe une dépression arrondie, qui n'est autre que le méat, et par laquelle une sonde introduite pénètre dans la vessie.

Cette tumeur saigne facilement au moindre contact pendant l'exploration ; la vulve et la face interne des cuisses sont tachées de sang ; elle n'est que très peu réductible. Les parents interrogés nous apprennent que la fillette n'accusait que peu de douleur.

La miction se fait normalement sans douleurs, sans difficultés, par l'orifice situé au centre de la tumeur.

Le diagnostic porté est prolapsus de la muqueuse uréthrale. Le traitement institué fut le suivant : antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin ; cautérisation tous les trois jours au nitrate d'argent. Sous l'influence de ce traitement on voit peu à peu la tumeur diminuer de volume et arriver à n'être pas plus forte qu'une noisette. Mais dès ce moment et malgré les cautérisations, aucune amélioration n'est obtenue ; ce que voyant, M. Broca se décide à l'excision.

27 décembre. — Opération. Chloroforme dans la position de la taille périnéale. Excision circulaire, au bistouri, de la muqueuse prolabée, qui saigne à peine : on place des pinces sur le bout supérieur ; et, après ablation de la masse prolabée, on suture à la soie. Cinq fils suffisent ; réunion parfaite sans sonde à demeure et guérison au 10^e jour.

Le fragment de muqueuse enlevé a été examiné au laboratoire d'histologie du Collège de France par notre collègue et ami J. Joly, qui nous a remis la note suivante : « A la périphérie de la coupe, on voit un revêtement formé par un épithélium stratifié, analogue à celui de la muqueuse du méat et qui paraît normale. La masse même est formée par un tissu

qui paraît normale. La masse même est formée par un tissu conjonctif fibrillaire, au milieu duquel se trouvent un petit nombre de cellules conjonctives, mais qui, vers l'extrémité libre du fragment, est infiltré de cellules rondes assez nombreuses, sans prédominance autour des vaisseaux. Au milieu de ce tissu conjonctif se trouvent encore de nombreux capillaires à parois embryonnaires ; en quelques points les vaisseaux ont la structure de fines artérioles. Ces vaisseaux, sur les coupes, prennent parfois des apparences contournées ; dilatés sur certains points, ils rappellent un peu le tissu angiomateux.

OBSERVATION VII

Recueilli dans le service de M. le docteur Broca, par M. Blanc, interne du service (Annales des maladies des organes génitaux urinaires)

Ed... Eugénie, âgée de 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 24 novembre 1894, dans la salle Giraldès.

Née de parents bien portants et dont les antécédents ne présentent rien à relever, elle n'a elle-même à son actif que des bronchites répétées.

Quatre jours auparavant, la mère, en la nettoyant, s'aperçoit que l'enfant porte, au niveau de la vulve, une tumeur qui saigne facilement et tache largement la chemise. C'est surtout l'hémorragie qui effraie la mère, et elle se présente à la consultation pour faire examiner sa fille qui, dit-elle « perd comme une femme ».

L'examen, assez facile, l'enfant ne paraissant pas souffrir, permet de constater les mêmes symptômes que nous avons décrits dans l'observation VI. La tumeur est un peu plus petite, de la grosseur d'une noisette, saillante entre le clitoris

et le vagin ; avec cela même aspect rouge sombre, et, sur certains points, marbrée de plaques grisâtres ulcérées. Le moindre contact provoque un suintement sanguin qui, plus d'une fois, a été assez abondant pour simuler une véritable perte.

Un autre détail, donné par la mère, prêtait à confusion ; c'est que la fillette saignait en urinant, phénomène simulant une hématurie et s'expliquant facilement par les frottements de la muqueuse prolabée au moment de la miction. Celle-ci, comme dans l'observation VI, était d'ailleurs complètement indolore et normale.

En un mot, symptomatologie absolument calquée sur le tableau présenté par la petite Berthe Th... Le même diagnostic fut porté et le même traitement institué.

Les résultats de l'examen histologique et de l'opération ont été identiques à ceux que nous avons rapportés par l'observation VI.

OBSERVATION VIII

Recueillie dans le service de M. le docteur Monod, par M. Chabry, interne du service. (Alexandre Pourtier, thèse de Paris)

La malade, âgée de 59 ans, lingère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhér, le 2 mai 1896.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, de même que ses antécédents personnels. Cette femme, en effet, n'accuse aucune maladie antérieure. Elle a été réglée à 15 ans et toujours bien, depuis. Elle a eu deux enfants, actuellement bien portants, et ses couches n'ont été suivies d'aucun accident.

Cette femme a cessé d'être réglée il y a huit ans.

A ce moment, elle a eu des pertes qui, après une durée d'un mois, ont cessé pendant trois mois, pendant lesquels la malade n'a plus rien vu.

La dernière perte accusée par la malade s'est produite un mois avant son entrée à l'hôpital et se composait d'eau et de sang.

Elle entre à l'hôpital parce qu'elle se plaint de douleurs en urinant, depuis un mois environ.

A l'examen, on constate, faisant saillie à la vulve, une tumeur ulcérée, rouge violacé, du volume d'un œuf de pigeon, et ayant la forme d'un polype dont on arrive facilement à circonscrire le pédicule. Cette tumeur est reconnue pour être formée par la muqueuse uréthrale prolabée. Au centre, et cachée par les replis de la muqueuse congestionnée, apparaît une dépression par laquelle on introduit une sonde qui pénètre facilement jusque dans la vessie. Cette tumeur est irréductible, et la malade déclare ne pas s'être aperçue de sa présence. Donc, rien de bien précis au sujet de la date de son apparition. Cependant, il semble que l'on puisse faire remonter l'origine aux quelques jours ayant précédé l'apparition des douleurs de la miction.

Le toucher utérin ne dénote rien de saillant. L'utérus est mobile, mais dur. De plus, l'examen au spéculum montre un col anémié et effacé. L'hystéromètre pénètre difficilement.

Tous ces signes font naître quelques soupçons d'épithélioma, auquel se rapporterait la perte d'eau et de sang accusée par la malade un mois auparavant.

L'opération du prolapsus est pratiquée le 2 juin par M. le docteur Monod et de la façon suivante :

La malade est endormie au chloroforme. Après l'antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin, par l'orifice médian que l'on remarque sur la tumeur, une sonde est introduite jusque dans la vessie. Sur cette sonde, on pratique une incision tout

autour de la tumeur, à l'union de la muqueuse périurétrale du vagin et de la muqueuse urétrale, origine de la tumeur. Des pinces sont placées comme repère, sur la muqueuse vaginale saine. Une seconde incision est pratiquée au niveau de la muqueuse saine du canal de l'urèthre.

Des pinces sont mises aussi sur cette muqueuse du canal. ablation de la portion de muqueuse située entre ces deux incisions circulaires. La plaie ne saigne pas.

La muqueuse urétrale est suturée par des points au catgut, à la muqueuse de la vulve.

On place une sonde à demeure. Cette sonde est fixée en haut et en bas par deux points de suture ne pénétrant pas dans la lumière de la sonde. Cette sonde permet de mettre un pansement.

Trois jours après l'opération, c'est-à-dire le 5 juin, on retire la sonde et la malade peut uriner seule et sans douleurs. La plaie est en excellent état.

Enfin, le 11 juin, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

CONCLUSIONS

I. Le prolapsus de la muqueuse uréthrale est une affection propre à l'enfant et à la femme âgée.

II. Il importe d'en faire le diagnostic exact afin d'éviter des confusions regrettables et d'appliquer une thérapeutique opportune. Il suffit pour cela de penser à la possibilité d'un prolapsus et d'examiner avec soin la région du méat.

III. Le prolapsus de la muqueuse uréthrale comporte, à part quelques cas exceptionnels, un pronostic généralement bénin ; c'est cependant une petite infirmité gênante dont la malade à intérêt à se débarrasser.

IV. Pour ce qui est du traitement, le procédé de choix est l'excision au bistouri ou aux ciseaux, méthode exempte de danger et assurant une guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

- TESTUT. — Traité d'anatomie descriptive.
- RIEFFEL. — Appareil génital de la femme. (Traité d'anatomie de Poirier et Charpy.)
- PAULET. — Traité d'anatomie topographique.
- KLEINWÄCHTER. — Der prolaps der weiblichen uréthra. (Zeitsche für Geburtshülfe und Gynakologie, 1891, p. 40.)
- SIMPSON. — Prolapse of the female uréthra. (Edimbourg Medical Journal, 1893, p. 389.)
- POURTIER. — Thèse de Paris, 1897.
- SINGER. — Pathologie et thérapeutique du prolapsus de l'urèthre chez la femme. (Analyse dans la Semaine Médicale, 1899.)
- BLANC. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme et en particulier chez la petite fille. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895, p. 525.)
- VILLAR. — France médicale, 1888.
- FORGUE. — In traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VII.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 juillet 1906.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 juillet 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
